Aus der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie
(Leiter: Professor Dr. R. Lempp)
der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
Direktor: Professor Dr. W. Schulte

Zur Prognose unbehandelter kindlicher Verhaltensstörungen unter besonderer Berücksichtigung des Stehlens

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Gisela Kleinsorg
aus Mülheim/Ruhr

1969

Aus der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie
(Leiter: Professor Dr. R. Lempp)
der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
Direktor: Professor Dr. W. Schulte

Zur Prognose unbehandelter kindlicher Verhaltensstörungen unter besonderer Berücksichtigung des Stehlens

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Gisela Kleinsorg
aus Mülheim/Ruhr

1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. W. Graumann

1. Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp

2. Berichterstatter: Professor Dr. W. Schulte

Inhaltsverzeichnis

		Seite
I.	Fragestellung	1
II.	Literatur	2
III.	Das Krankengut	5
IV.	Methode der Katamnesenerhebung	10
V.	Methode der Auswertung	14
VI.	Verlauf der Entwicklung bei kindlichem Stehlen	16
VII.	Verlauf der Entwicklung bei verschiedenen kindlichen Verhaltensstörungen	24
VIII.	Gesamtbeurteilung von 55 Fällen	30
IX.	Diskussion	34
X.	Zusammenfassung	37
	Anhang	38
	Literaturverzeichnis	40

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547611_0106

I. Fragestellung

Häufig kommen Kinder und Jugendliche wegen Verhaltensstörungen verschiedener Art nur zur Diagnosestellung zur Aufnahme ins Klinische Jugendheim, der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, ohne daß eine eigentliche Behandlung durchgeführt oder nach Entlassung fortgeführt wird. Der Demonstration des weiteren Verlaufs dieser unbehandelten Fälle diene diese Katamnesenerhebung. Sie will ein Beitrag sein zur Frage der prognostischen Bewertung von Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter.

Besonderes Interesse ist der Prognose des Stehlens gewidmet. Es soll herausgefunden werden, in welchem Prozentsatz der Fälle Kinder und Jugendliche, die unter anderem wegen Stehlens zur Aufnahme kamen, die Tendenz zu Eigentumsdelikten beibehalten bzw. straffällig werden oder überwinden. Ferner soll untersucht werden, ob sich Zusammenhänge zwischen dem Verlauf und bestimmten Faktoren der Umwelt des Kindes bzw. der anamnestischen Gegebenheiten finden lassen.

II. Literatur

EYSENCK trifft zu Beginn seiner Arbeit, in der er den Erfolg der traditionellen Psychotherapie den mit Verhaltenstherapie erzielten gegenüber stellt, die allgemeine Feststellung, daß die Erfolge bei der psychotherapeutischen Behandlung von Neurosen nach 2 Jahren untersucht, 70% betragen. Sie liegen damit nicht höher als die Anzahl spontaner Heilungen. LEVITT komme bei Kinderuntersuchungen zu gleichen Resultaten.

Eine Statistik über den psychotherapeutischen Erfolg nach Behandlung bei Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter liegen in der Arbeit von DÜHRSSEN (1964) vor. Es handelt sich um fünf Jahre nach Abschluß einer analytisch orientierten Psychotherapie erhobenen Katamnesen. 124 Kinder konnten beurteilt werden. Ein sehr guter und guter Behandlungserfolg konnte bei 41% der Fälle festgestellt werden, während 21% der Gruppe der kaum oder ungebesserten zugerechnet werden.

LUTZ blickt in seiner Arbeit "Langfristig beobachtete Lebensläufe psychisch auffälliger Kinder" auf mindestens 30 Jahre nach Kliniksentlassung der einzelnen Probanden zurück. Seine damals meist im 8. bis 13. Lebensjahr stehenden, aus überwiegend heilpädagogischen Gründen eingewiesenen Patienten befanden sich zur Zeit der Nachuntersuchung im 5. Dezenium.Sie waren als Kinder auf einer Beobachtungsstation aufgenommen, vermutlich wurde eine nicht näher angegebene Therapie durchgeführt. Seine Probanden, wozu auch einige Schwachsinnige zählten, teilt LUTZ zur Beurteilung in vier Gruppen ein und rechnet von 136 Probanden zu den Gruppen I und II mit guter Weiterentwicklung

und nach vorübergehenden Schwierigkeiten 86 Patienten,bei sieben Patienten dauern die Schwierigkeiten noch an und 43 Lebensläufe betrachtet er als mißglückt, diese Gruppe umfaßt Kriminelle und Geisteskranke.

Das Anliegen der Arbeit von STRUNK ist es, die Bedeutung bestimmter Faktoren aus Anamnese und Befund für die seelische Fehlentwicklung des Jugendlichen und die soziale Prognose zu ermitteln.Er kommt zu dem Ergebnis, daß mit zunehmendem Alter der Jugendlichen einem signifikant größeren Teil der Patienten eine soziale Eingliederung gelingt, unabhängig von der Zeitdauer zwischen erster Beobachtung der Störung und der Katamnesenerhebung. Das Alter des ersten Auftretens ist nicht entscheidend für den weiteren Verlauf.Je ungünstiger die Milieufaktoren um so ungünstiger erscheint auch die soziale Prognose für den Patienten. STRUNK findet, daß frühkindliche Hirnschäden lediglich bei Pubertätskrisen eine Trübung der Prognose bedeuten. Gehäuft ungünstige Verläufe beobachtet er bei der Symptomverbindung Stehlen-Streunen, während jedes Symptom, wenn es isoliert auftritt, keine bestimmte Voraussage gestattet. Insgesamt betrachtet STRUNK von 188 Patienten bei 101 Patienten den Verlauf als gut, bei 87 als ungünstig.

Mit unbehandelten Kindern befaßt sich FÖRSTER in einer Veröffentlichung mit dem Thema " Über den spontanen Verlauf neurotischer Störungen im Kindesalter ". Seine Nachuntersuchung führt er anderthalb bis vier Jahre nach der Erstuntersuchung, bei der die Patienten zwischen drei und 17 Jahre alt waren, durch.Bei einem Viertel der Kinder waren inzwischen sämtliche Symptome behoben und bei 55% mindestens die Hälfte aller Symptome. Dabei bieten die aktiven Symptome einer gestörten zwischenmenschlichen Beziehung eine etwas ungünstigere Prognose als die passiven. Symptomwandel spielt nach seiner Auffassung bei Kindern mit Verhaltensstörungen eine unbedeutende Rolle. Er konnte beobachten, daß die Aussicht auf Besserung im Alter von

vier Jahren und mit 13 bis 14 Jahren am größten ist und " die Remissionsneigung neurotischer Störungen kurz nach der ersten Trotzphase und am Ende der Vorpubertät " statistisch sichern.

III. Das Krankengut

Zur Durchführung der katamnestischen Erhebungen wurden Fälle aus dem Krankengut der Jahre 1953 bis 1956 bestimmt. Es wurden Kinder und Jugendliche ausgewählt, die damals wegen Verhaltenstörungen verschiedener Art aufgenommen waren, deren Ursache nach damaliger Feststellung mit größter Wahrscheinlichkeit als milieureaktiv anzunehmen ist.

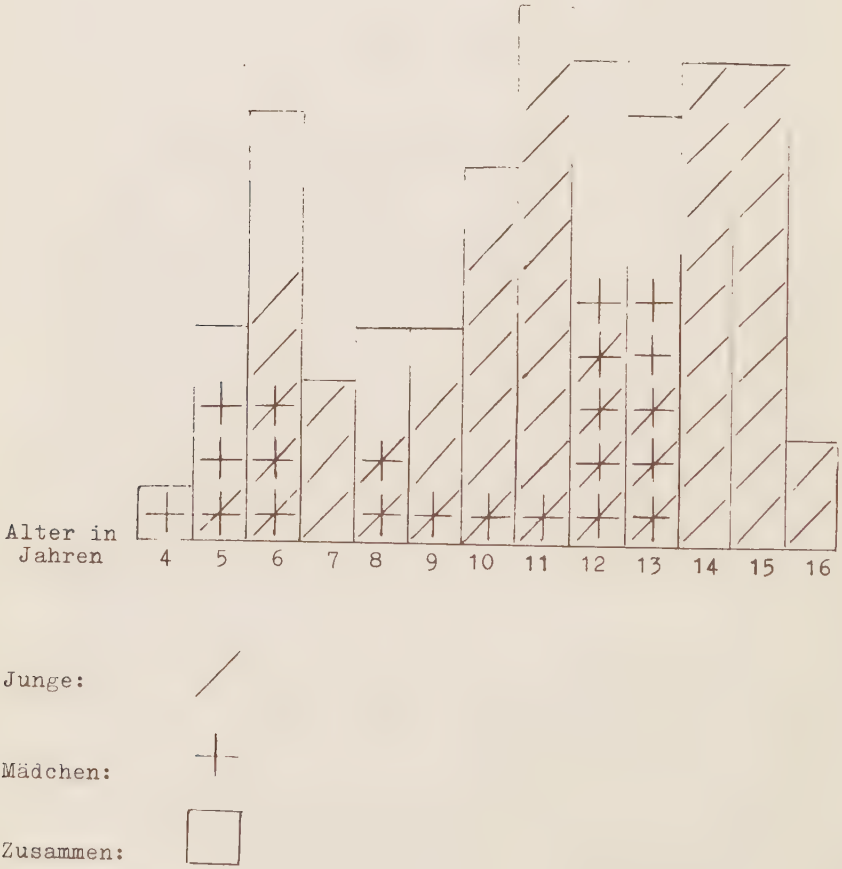
Nicht berücksichtigt wurden Fälle mit Verhaltensstörungen, bei deren Genese schwere organische Schäden oder Schwachsinn wahrscheinlich beteiligt waren und solche, die einer konsequenten Therapie zugeführt wurden. Das erklärt den relativ geringen Anteil der Enuretiker im vorliegenden Krankengut, da diese meist stationär therapiert wurden. Ebenso erfolgte bei Kindern mit Sprachstörungen, sofern sie ein bestimmtes Alter zur Zeit der Kliniksaufnahme hatten, in der Regel eine Sprachheilbehandlung. Kinder mit Zwangsneurosen wurden zur Zeit der Katamnesenerhebung getrennt untersucht und erscheinen deshalb nicht in der vorliegenden Arbeit. Das hier verwertete Krankengut kann somit nicht als repräsentativer Querschnitt für das Krankengut des klinischen Jugendheimes betrachtet werden.

Zur Aufnahme führte bei einem Teil der Kinder die Sorge der Eltern, bei einem anderen die Anregung der Schule oder der Rat des Hausarztes. Wieder andere wurden zur Anfertigung eines Gutachtens von einer Behörde geschickt.

Es handelt sich um insgesamt 78 Patienten, davon 22 Mädchen und 56 Jungen. Das Aufnahmealter liegt zwischen vier und 16 Jahren, im Mittel bei 11,2 Jahren. Die Altersverteilung und der Anteil der beiden Geschlechter am untersuchten Krankengut ist in Figur I graphisch dargestellt. Es sind Patienten der Geburtsjahrgänge 1938 bis

Figur I

Das Alter der 78 Patienten zur Zeit der Kliniksaufnahme und der Anteil der beiden Geschlechter.



1950 mit relativ stärkerem Anteil der Jahrgänge 1939 bis 1944. Die Dauer des Aufenthaltes liegt zwischen drei und 64 Tagen, im Durchschnitt bei 38 Tagen.

Die Untersuchung wurde zu Ende des Jahres 1966 und zu Beginn des Jahres 1967 durchgeführt, das ist 10 bis 13 Jahre nach dem Aufenthalt im klinischen Jugendheim. Das Alter zur Zeit der Nachuntersuchung beträgt zwischen 15 und 28 Jahren.

Die Aufschlüsselung des Krankengutes nach den Symptomen, die zur Einweisung geführt haben, erfolgt in Tabelle 1 .Es ergeben sich wesentlich höhere Zahlen als 78, weil die meisten Patienten verschiedene Symptome aufwiesen. So ist das Symptom " Erziehungsschwierigkeit " bei vielen Patienten durch gleichzeitig geklagtes Lügen, Stehlen, Weglaufen näher erklärt. Ebenso verhält es sich mit den Symptomen Schulschwänzen und Widersetzlichkeit.

Die Krankengeschichten und Befunde wurden von mehreren verschiedenen Ärzten, die im Laufe der Jahre 1953 bis 1956 im klinischen Jugendheim tätig waren, unterschiedlich geführt.

Die Entlassungsdiagnosen lauteten: "Milieureaktive Verhaltensauffälligkeit", " Kindliche Fehlhaltung", "Kindliche Neurose", "Primitivreaktion in der Pubertät", "Pubertätskrise".

Eine definierte Prognose bezüglich der weiteren Entwicklung wurde nur vereinzelt gestellt.Spezielle Psychotherapie wurde in einzelnen selten angeraten wegen der hiesigen geringen Möglichkeiten dazu. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wurde den Eltern geraten, entweder sofort oder bei Fortbestehen der Schwierigkeiten über eine bestimmte Frist hinaus, das Kind in ein heilpädagogisches Heim, ein Internat oder ein Kinderheim zu geben. In fast allen Fällen war die häusliche Situation als so ungeeignet für die normale Entwicklung eines Kindes angesehen worden, daß eine Beratung der Eltern, das Milieu zu

Tabelle 1

Gesamtübersicht über die Symptome, die zur Einweisung führten, bei 78 Patienten.

	Mädchen	Jungen	Zusammen
Stehlen	10	23	33
allgemeine Erziehungsschwierigkeiten	10	30	40
Lügen	6	7	13
Weglaufen und Streunen	3	12	15
Wutausbrüche, Zerstörungswut	1	4	5
Trotzreaktionen	2	4	6
Schulschwänzen	-	9	9
Berufsschwierigkeiten und unbegründeter Stellenwechsel	1	5	6
Pubertätskrisen (psychopatische Züge in der Pubertät verstärkt, Primitivreaktionen,Protesthaltung)	1	6	7
Widersetzlichkeit	1	4	5
Nervosität, Umtriebigkeit	-	4	4
Sexuelle Auffälligkeit (Belästigung anderer Kinder)	2	3	5
Enuresis	2	-	2
Enkopresis	1	1	2
Onanie	5	5	10
Angst, Selbstunsicherheit	-	2	2
Schulversagen,Leistungsabfall	1	6	7
Kopfschmerz	2	1	3
Sprachstörungen	2	4	6
Schlafstörungen	1	-	1
Eßstörung	1	-	1
Nahrungsverweigerung	-	1	1
Suizidversuch	-	2	2

ändern, aussichtslos erschien. Die Heimeinweisung scheiterte aber oft am Mangel an geeigneten Heimplätzen, an den finanziellen Möglichkeiten oder an der Einsicht der Eltern: "Soll ich für die Frechheit des Bengels auch noch Geld ausgeben". Bei nur wenigen Eltern erschien es sinnvoll, den Rat zu erteilen, sich selbst, die Situation oder die Erziehungsgrundsätze zu ändern. Da nicht vorherzusehen war, ob sich das Milieu durch Umdenken der Eltern oder die Heimunterbringung der Kinder zu deren Gunsten verändern würde, fand sich am Ende vieler Krankengeschichten ein prognostischer Bedingungssatz wie: "Angeraten wurde die Unterbringung in einem Heim, da in pädagogisch günstigem Milieu charakterlich gute Entwicklung zu erwarten ist", oder ein Vermerk wie "Beratung der Eltern mit fraglichem Erfolg". Im Vergleich zu den Patienten, die DÜHRSSEN in ihrer Arbeit nach erfolgter Therapie nachuntersucht, handelt es sich hier vom Milieu her gesehen vorwiegend um prognostisch ungünstige Ausgangssituationen.

IV. Methode der Katamnesenerhebung

Ausgewählt waren insgesamt 78 Patienten. Von diesen war Ende 1966 ein Proband in Tübingen wohnhaft, alle übrigen lebten außerhalb in zum Teil beträchtlicher Entfernung. Eine einheitliche Berücksichtigung durch Hausbesuch oder Einbestellung war damit von vornherein nicht durchführbar. So wurde die Methode der Katamnesenerhebung durch Fragebogen gewählt trotz aller dieser Methode sicherlich anhaftenden Mängel.

Auskünfte aus dem Strafregister* standen in den Fällen zur Verfügung, die abgesehen von anderen Problemen auch wegen Stehlens aufgenommen waren oder die damals der Fürsorgeerziehung unterstanden. In drei Fällen stellten Jugendämter Fürsorgeakten zur Verfügung. Davon enthielten zwei Akten etwa den Fragebögen entsprechende Auskünfte. Strafregisterauszüge waren von 35 Patienten angefordert worden. Auskunft wurde in 34 Fällen erteilt, ein Patient war nach den vorhandenen Angaben nicht auffindbar.
Die Fragebogenformulare waren je nach der Familiensituation an einen Elternteil, beide Eltern, die Pflegeeltern oder die Adoptiveltern adressiert. Nach einem ersten Anschreiben kamen von 78 Briefen 22 als unzustellbar zurück. Davon konnten nach Einschaltung der betreffenden Einwohnermeldeämter drei Adressen nicht ermittelt werden, eine Mutter war verstorben. Nach zweimaligem Anschreiben der verbleibenden 74 Adressen kamen insgesamt 40 Antworten. Verwertbar waren davon 35 Schreiben. Von den restlichen fünf war eines nicht verwertbar, weil die Mutter unter anderem die Frage nach dem beruflichen Werdegang des Jungen, der hauptsächlich wegen Berufsschwierigkeiten einge-

*mit Unterstützung des Justizministeriums Baden- Württemberg

wiesen war, nicht beantwortete. Vier Elterteile bedauern der Bitte nicht entsprechen zu können, weil der Kontakt mit dem Probanden entweder völlig abgebrochen oder so spärlich war, daß sie die gewünschte Auskunft nicht geben konnten.

Der Fragebogen enthielt Fragen zum weiteren Verlauf der damaligen Beschwerden, dem schulischen und beruflichen Werdegang, dem Aufenthalt des Probanden nach Entlassung aus der Klinik, ob Fürsorgeerziehung angeordnet wurde,der Jugendliche straffällig geworden war, nach seinem jetzigen Familienstand, seiner Freizeitgestaltung, dem Kontakt mit seinen Eltern und seiner weiteren Umgebung.Platz zu Bemerkungen, die unter keinem der aufgeführten Punkte einzuordnen waren, stand zur Verfügung.Die wörtliche Widergabe des Fragebogens erfolgt auf den Seiten 12 und 13.
Einigen Eltern sagte offenbar die stichwortartige Beantwortung des Fragebogens nicht zu, und sie zogen es vor, in Form eines ausführlichen Schreibens über den weiteren Entwicklungsgang ihres Kindes zu berichten, wobei sie jedoch sinngemäß auf alle Punkte des Fragebogens eingingen.
Ein Krankenblatt enthielt Nachträge, die annähernd den Fragebogenauskünften entsprachen, sie waren beim Ausleihen des Krankenblattes durch ein Landeskrankenhaus gemacht worden.
Das der Auswertung zugrunde liegende Material umfaßt somit:

34 Strafregisterauskünfte
35 Antwortschreiben der Eltern
2 Fürsorgeakten
1 Nachtrag im Krankenblatt

In beiden Fällen, in denen Fürsorgeakten vorlagen, sind auch Strafregisterauskünfte vorhanden.Sowohl Strafregisterauskünfte als auch Elternantworten liegen in 14 Fällen vor.Ein Strafregisterauszug und der Nachtrag im Krankenblatt betreffen den gleichen Patienten.Über insgesamt 55 Patienten sind also Aussagen möglich,während von 23 Patienten keinerlei Information vorliegt.

Widergabe des Fragebogens:

1.) Jetzige Anschrift:

2.) Er/ sie war damals hauptsächlich wegen _____ hier aufgenommen. Bereitete er / sie noch weiterhin Erziehungs-, Einordnungs- oder andere Schwierigkeiten? (kurze Schilderung der Art)

3.) Haben Sie wegen der gleichen oder anderer Schwierigkeiten mit ihm /ihr nochmals einen Nervenarzt, einen Heilpädagogen oder einen Erziehungsberater aufgesucht? Welchen? Wann?

3a) Sind Sie damit einverstanden, daß wir dort anfragen?

4.) Halten Sie Ihren Sohn /Ihre Tochter jetzt für gesund? Hält er / sie sich selbst für gesund?

5.) Welche Schule hat er / sie besucht, mit was für einem Abschluß oder bis zu welcher Klasse?

6.) Wie waren die Zeugnisse?

7.) Beruflicher Werdegang: Was hat er / sie für eine Berufsausbildung hinter sich, steht er/ sie noch in einer solchen? Hat er /sie die Ausbildung abgeschlossen? (genaue Berufsbezeichnung) An welchen Stellen hat er /sie inzwischen gearbeitet? (Aufzählung in zeitlicher Reihenfolge) Welchen Beruf übt er / sie zur Zeit aus?

8.) Wo war er / sie seither untergebracht oder wohnhaft? (Aufzählung in zeitlicher Reihenfolge, möglichst mit kurzer Angabe der Dauer oder der näheren Umstände (z. Beispiel der Großmutter väterlicherseits oder im Heim (Name)))

9.) Wurde für ihn / sie inzwischen Fürsorgeerziehung angeordnet oder wurde er / sie straffällig? (weswegen, welche Strafe, welches Gericht?)

10.) Hat er / sie geheiratet und wann? (oder wird er / sie bald heiraten?) Zahl der Kinder:

11.) Wie bringt er / sie die Freizeit zu? (mit Familie, mit Freunden, Stammtisch, Basteln, Wandern, Sport)

12.) Betrachten Sie ihn/sie als Außenseiter, Sonderling oder als gut eingeordnet und gesellig?

13.) Welchen Kontakt pflegt er / sie zu Ihnen? Wohnt er /sie weit von Ihnen entfernt? Sehen Sie sich regelmäßig (wöchentlich, monatlich, selten)?

14.) Besondere Bemerkungen: (Sonstige wesentliche Angaben, möglichst ausführlich)

Für die Ausfüllung des ausführlichen Fragebogens danke ich Ihnen recht herzlich. Empfinden Sie bitte die eingehenden Fragen nicht als aufdringlich, sie sind zu einer umfassenden Beurteilung, die anderen Jugendlichen und Kindern zugute kommen soll, unbedingt erforderlich.

V. Methode der Auswertug

Die Auswertung erfolgte nach zwei verschiedenen Gesichtspunkten, die sich aus der Fragestellung und dem unterschiedlichen Material ergeben.

Einmal interessiert die Prognose des Stehlens bei Kindern und Jugendlichen.Die Strafregisterauszüge erlauben Aussagen darüber, wieviele von den 33 Probanden, die Eltern und Erziehern damals wegen Stehlens besondere Sorge bereiteten, später straffällig und damit sozial auffällig wurden und in welcher Weise. Es läßt sich ermitteln, wieviele von den 33, die früher gestohlen hatten, auch später Eigentumsdelikte begingen, d.h. einschlägig straffällig wurden. Die vorliegenden Krankengeschichten wurden verglichen, um evtl. gemeinsame Faktoren, die eine solche Entwicklung begünstigen, ausfindig zu machen.

Bei der zweiten Gruppe von 38 Fällen, bei denen Elternantworten oder Fürsorgeakten vorliegen, besteht darüber hinaus die Möglichkeit, die Gesamtentwicklung des Kindes zu verfolgen, den damaligen Zustand mit dem heute geschilderten zu vergleichen. Dazu werden drei Gruppen aufgestellt. Die erste Gruppe wird solche Probanden umfassen, bei denen die Symptome, die zur Aufnahme führten, nicht mehr beobachtet werden und statt dessen auch keine neuen Schwierigkeiten auftraten. Die zweite Gruppe wird solche umfassen, bei denen eine deutliche Besserung zu verzeichnen ist, Schwierigkeiten noch gelegentlich auftreten, aber insgesamt eine positive Tendenz angenommen werden darf. Die dritte Gruppe enthält Patienten,die die Symptome in annähernd gleichem Maße beibehalten haben oder bei denen eine Verschlechterung eingetreten ist.

Da manche Probanden, die früher gestohlen haben, sowohl in der Gruppe vertreten sind, die anhand von Strafregis-

terauszügen nachuntersucht wurde, als auch in der Gruppe, bei der Elternantworten als Grundlage der Untersuchung dienten, überschneiden sich beide Gruppen in 16 Fällen. Deshalb wird ein weiteres Kapitel sich mit der Gesamtzahl der 55 zur Beurteilung kommenden Fälle befassen. Hierbei werden ebenfalls gute, mittlere und schlechte Verläufe unterschieden werden.

VI. Verlauf der Entwicklung bei kindlichem Stehlen

In den ausgewählten Krankengeschichten ist bei 33 Kindern vermerkt, daß sie Geld entwenden, teils um für sich Süßigkeiten zu kaufen, teils um damit vor Kameraden angeben zu können. Einige Kinder zeigen dieses Verhalten nur zuhause, andere auch in der Schule oder die Älteren am Arbeitsplatz. Eltern und Erzieher sind dadurch meist stärker beunruhigt als durch andere Verhaltensstörungen. Sie befürchten, daß diese Kinder auf dem besten Weg zur Kriminalität sind. Wie häufig trifft dies tatsächlich zu?

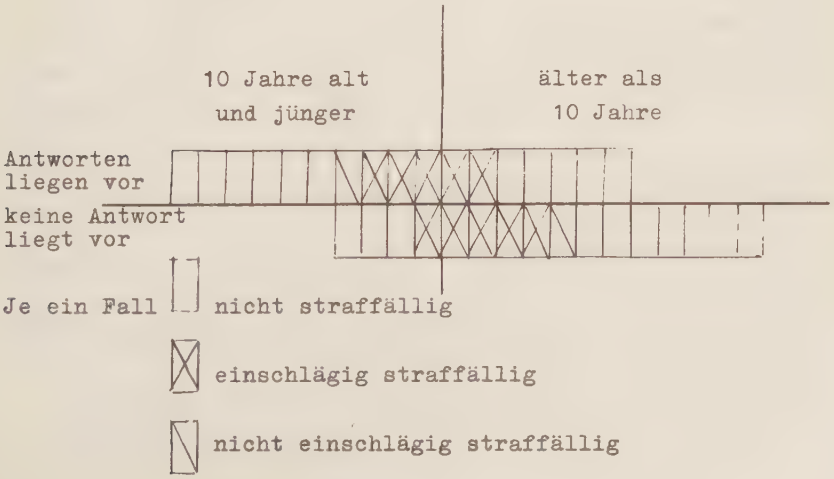
In der folgenden Tabelle ist aufgeführt, wieviele Probanden straffällig wurden.

	Mädchen	Jungen	Zusammen
Von 78 Patienten zeigten früher das Symptom Stehlen	10	23	33
Davon wurden straffällig	2	10	12

12 von 33 das sind ein Drittel Straffällige gegenüber zwei Dritteln, die nicht straffällig wurden. Es ist zu berücksichtigen, daß von den 12 Patienten einer verurteilt wurde wegen "fahrlässiger Körperverletzung in Tateinheit mit verkehrswidrigem Verhalten", ein anderer wegen "Fahrens eines nicht versicherten, nicht zugelassenen Fahrzeugs". Wenn auch vom psychologischen Standpunkt aus das Vergehen des Letzteren dem Stehlen sehr ähnlich zu beurteilen ist, so wird man doch diesen Probanden aus der Gruppe heraus nehmen dürfen bei der Beurteilung der Prognose des Stehlens hinsichtlich späteren kriminellen Verhaltens.
Es ergibt sich also: von 33 Probanden machten sich 10 wegen Eigentumsdelikten strafbar. Das sind 30%.
Daß Eigentumsdelikte und die "unbefugte Ingebrauchnahme

von Fahrzeugen" nahe bei einander liegen, zeigt auch die Tatsache, daß fünf von den 10 Probanden sich beider Vergehen strafbar machten. Daß von den Mädchen nur ein Fünftel, von den Jungen jedoch mehr als ein Drittel einschlägig straffällig werden,darf zwar als charakteristisch gelten, ist aber bei der kleinen Zahl statistisch nicht verwertbar.

Von den 33 Eltern der Kinder, die unter anderem wegen Stehlens eingewiesen worden waren, antworteten auf den Fragebogen insgesamt 17. Davon entfallen sechs auf straffällig gewordene Jugendliche, das ist die Hälfte dieser Gruppe. 21 wurden nicht straffällig, davon trafen in 11 Fällen Elternantworten ein.Es läßt sich folglich in der Tatsache, daß die Jugendlichen sozial auffällig wurden, kein Grund für die Nichtbeantwortung der Anfrage finden. Zu beobachten ist, daß von den 17 Kindern, deren Angehörige antworteten, 10 Kinder zur Zeit der Aufnahme 10 Jahre alt und jünger waren, gegenüber nur vieren dieser Altersgruppe, die nicht antworteten. Bei den Älteren stehen sieben Antworten gegen 12 nicht beantwortete Briefe, also wesentlich weniger Antworten als bei den Jüngeren. Eine Graphik soll diesen Sachverhalt veranschaulichen.



Als mögliche Ursache für die häufigere Beantwortung bei den Jüngeren mag der noch nähere Kontakt mit dem Elternhaus, das stärkere Interesse der Eltern an der noch nicht abgeschlossenen Entwicklung der Kinder in Betracht kommen oder entsprechend das Gegenteil für die Nichtbeantwortung bei den Älteren, vielleicht auch das höhere Alter der Eltern selbst, die es als mühsamer empfinden, sich schriftlich zu äußern.

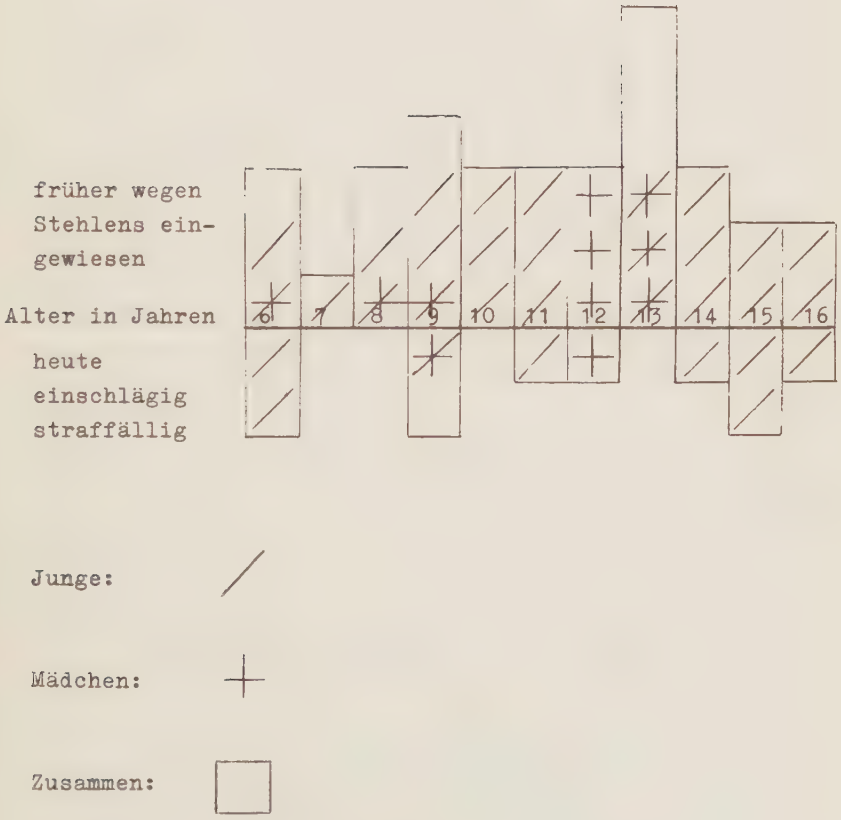
Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Alter, in dem das Stehlen erstmals auffiel, und späterer Auffälligkeit ergibt sich nicht. Figur II soll veranschaulichen, wie sich die Anzahl derer, die einschlägig straffällig wurden, zum Gesamtanteil der Altersgruppe verhalten. In der Grapnik fällt auf, daß von 33 wegen Stehlens eingewiesenen Probanden relativ viele, nämlich 6, der Gruppe der 13jährigen angehören, daß jedoch keiner dieser Gruppe einschlägig straffällig wird.

Die Struktur der Familien der einzelnen Probanden, wie sie zur Zeit der klinischen Beobachtung angegeben wurde, geht aus der folgenden Tabelle hervor.

	Bestrafte	Nicht Bestrafte	Zusammen
unvollständige Familie	5 (15%)	6 (18%)	11 (33%)
vollständige leibliche Fam.	4 (12%)	6 (18%)	10 (30%)
Sekundärfamilie	3 (9%)	9 (27%)	12 (36%)
	12	21	33

Von den insgesamt 12 Bestraften lebten fünf in einer unvollständigen Familie, gegenüber 11 von 33. Vier Bestrafte lebten in der vollständigen Familie der leiblichen Eltern, gegenüber 10 von 33. Drei von den Bestraften lebten in einer nachträglich gegründeten Familie, in der obigen Tabelle als Sekundärfamilie bezeichnet.
Diese Tabelle könnte bei der kleinen Zahl zu dem falschen Schluß verleiten, daß die Sekundärfamilie bezüglich der

Figur II


früher wegen Stehlens eingewiesen
Alter in Jahren
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
heute einschlägig straffällig
Junge:
Mädchen:
Zusammen:

charakterlichen Entwicklung des Kindes im Vergleich zu den beiden anderen Konstellationen die besten Voraussetzungen bietet. Die unvollständige Familie schneidet - wie erwartet - am ungünstigsten ab, und die normale ursprüngliche Familie liegt indifferent dazwischen. Die Fragwürdigkeit der Schematisierung wird hier besonders deutlich, wenn auch kein Zweifel an ihrer Notwendigkeit zur Gewinnung vergleichbarer Resultate besteht.
Aufschluß gibt die nähere Betrachtung verschiedener Einzelsituationen, die sich hinter den drei Gruppen verbergen. Die Gruppe der unvollständigen Familien setzt sich zusammen aus Müttern mit Kindern, deren Väter gefallen sind oder verstarben, Müttern mit unehelichen Kindern und geschiedenen, nicht wiederverheirateten Elternteilen. Die vollständige leibliche Familie bedarf eigentlich keiner weiteren Erklärung. Daß einige eine harmonische Atmosphäre bieten und andere nicht,und daß sich daraus die Situation des Kindes besser oder schlechter gestaltet, ist bekannt. Jedoch muß hier die Kriegs- und Nachkriegszeit berücksichtigt werden. Die anamnestischen Angaben der Krankenblätter reichen leider nicht aus, um vergleichend die Dauer der kriegsbedingten Trennung der Väter von ihren Familien festzustellen. Als Beispiel sei die Familie des Harald O.erwähnt. Harald ist das erste von drei Kindern und lebt zur Zeit der Aufnahme in einer vollständig erscheinenden Familie. Der Vater war bis 1948 in Kriegsgefangenschaft und kehrte zurück als Harald fünf Jahre alt war. Das Verhältnis zum Vater wird als "mäßig" bezeichnet. Die Notlage der Familie machte dann außerdem die Berufstätigkeit der Mutter erforderlich.

Die unterschiedlichsten Situationen verbergen sich unter der Sammelgruppe "Sekundärfamilie". Dazu gehören gute Adoptiveltern, eine geordnete Pflegefamilie und auch Familien wie die des Rolf E. .Rolfs Vater verstarb an Tuberkulose. Aus dieser Ehe leben von insgesamt fünf Kindern noch drei, von denen Rolf das jüngste ist. Die Mutter

heiratete den in erster Ehe geschiedenen Vater R., der einen elfjährigen Sohn mitbrachte. Aus der jetzigen Ehe, die als zerrüttet bezeichnet wird, lebt ein weiteres Kind.

Diesen verschiedenen Situationen gerecht zu werden, könnte man in mehr Gruppen aufteilen, was bei der relativ geringen Zahl jedoch nicht sinnvoll erscheint. Dagegen kann man die beiden Familiengruppen zusammenfassen und allgemeiner aussagen, daß das Aufwachsen in einer Familie prognostisch als besser zu bewerten ist als das Aufwachsen bei nur einem Elternteil.

Die Familienstruktur der Familie des Rolf E. zeigt ein weiteres Problem für die tabellarische Gliederung auf, nämlich die Stellung in der Geschwisterreihe.Zählt man alle vorhandenen Kinder zusammen, so ist Rolf das dritte von fünf Kindern. Die Zeit, in der Rolf das jüngste Kind war, bleibt damit unberücksichtigt, ebenso der Umstand, daß er im Schulalter einen fast gleichaltrigen Bruder bekommt. Familien mit Kindern dreierlei verschiedenen Ursprungs finden sich mehrfach im vorliegenden Krankengut. Mit Berücksichtigung dieser Einwände ist die folgende Tabelle zu lesen.

	Straffällig	Nicht straffällig	Zusammen	Repräsentativbevölkerung Baden-Württ.
Einzige	1	2	3 = 9%	22%
Älteste	6	7	13 =39%	29%
Mittlere	3	6	9 =27%	20%
Jüngste	2	6	8 =24%	29%
	12	21	33	

Hier haben die Jüngsten und Mittleren günstigere Aussichten. Der Vergleich mit der Verteilung auf Einzelkinder, Älteste, Mittlere und Jüngste, wie sie nach BECK in der Bevölkerung Baden-Württembergs vorliegt, zeigt eine Abweichung in allen Gruppen, besonders aber in den beiden ersten.Die Gruppe der Einzigen ist wesentlich kleiner als in der Gesamtbevölkerung, die der Ältesten erheblich größer.

Vor der Untersuchung der kindlichen Faktoren sei nochmals erwähnt, daß Kinder mit sicher hirnorganischen Schäden und Debile von vornherein nicht ins Untersuchungsmaterial aufgenommen wurden. Nun sind bei manchen Fällen Komplikationen der Schwangerschaft wie verstärktes Schwangerschaftserbrechen, Blutungen und Infektionen, Geburtskomplikationen wie verlängerte Geburtsdauer, Nabelschnurumschlingung und Apnoe angegeben, oder die frühkindliche Entwicklung wird als teilweise oder insgesamt verzögert geschildert. In einigen Fällen läßt sich im Pneumenzephalogramm eine Abweichung von der Norm feststellen. Aufgrund dieser anamnestischen Angaben werden diese Patienten im Rahmen dieser Arbeit als "frühkindlich hirngeschädigt" bezeichnet. Eine Zusammenstellung über die Häufigkeit solcher Schäden in den Gruppen der nicht Straffälligen, der einschlägig Straffälligen und der nicht einschlägig Straffälligen soll Aufschluß über ihre prognostische Bedeutung geben.

		frühkindl. Hirnschaden		Abweichung im PEG	Familienstruktur
nicht Straffällig	13 J	4	*)	2	3*; 6+; 4-;
	8 M	2		1	3*; 4+; 1-;
nicht einschlägig Straffällig	2 J	2		-	- 1+; 1-;
	- M	-		-	- - -
einschlägig Straffällig	8 J	5		2	3*; 2+; 3-;
	2 M	2		1	1*; - 1-;

* = ursprüngliche leibliche Familie; + = Sekundärfamilie;
- = unvollständige Familie.

*) $P < 0{,}05$ bei den einschlägig Straffälligen im Vergleich zu den nicht Straffälligen.

Die Erkenntnis, daß Komplikationen in der Schwangerschaft oder während der Geburt Hirnschädigungen bei Kindern bewirken können, die dann später die positive charakterliche Entwicklung erschweren, findet in dieser Aufstellung eine Bestätigung. Bei nicht Straffälligen findet

sich eine Schädigung in weniger als einem Drittel der Fälle, bei den wegen Eigentumsdelikten belangten jedoch in mehr als zwei Drittel der Fälle. Von der Norm abweichende Befunde im Pneumenzephalogramm finden sich in dieser letzten Gruppe doppelt so häufig wie bei den nicht Bestraften. Bei geschädigten Kindern ist damit die Prognose für die weitere Entwicklung signifikant schlechter als bei den übrigen.

Als prognostisch besonders ungünstig erweist es sich,wenn frühkindlich hirngeschädigte Probanden zusetzlich in einer unvollständigen Familie aufwachsen.

Die Angaben über Schwangerschaftsverlauf, Geburtsverlauf und die frühkindliche Entwicklung sind sehr unterschiedlich in ihrer Ausführlichkeit und nicht in allen Fällen überhaupt vorhanden. Nicht bei allen Patienten wurde ein Elektroenzephalogramm oder ein Luftenzephalogramm angefertigt. Der Übersichtlichkeit wegen folgt am Schluß der Arbeit eine Tabelle, in der die bei den einzelnen Kindern bekannten Fakten zusammengestellt sind.

VII. Verlauf der Entwicklung bei verschiedenen kindlichen Verhaltensstörungen

Zur Katamnese von 38 Probanden liegen genauere Informationen vor, diese wurden gewonnen aus Elternbriefen und Fürsorgeakten.

38 Probanden: 11 Mädchen, 27 Jungen.

Von den insgesamt 31 Kindern, die bei Kliniksaufnahme zehn Jahre alt oder jünger waren, liegen 16 Antworten vor, von den 47 Älteren nur 19.

Die Probanden waren	Insgesamt	Elternantworten
10 Jahre alt und jünger	31	16
älter als 10 Jahre	47	19

Auch hier ist wieder die Beobachtung zu machen, daß von den jüngeren Probanden relativ mehr Eltern, die um Auskunft angeschrieben worden waren, dieser Aufforderung nachkamen, als das bei den Älteren der Fall war. Auf mögliche Erklärungen dieses Verhaltens wurde im vorigen Kapitel eingegangen.

Im Folgenden sind unter dem Begriff Erziehungsschwierigkeiten die Symptome Stehlen, Lügen, Weglaufen, Schulschwänzen, Wutausbrüche, Trotzreaktionen und Widersetzlichkeit zusammengefaßt, da sich das Fortbestehen oder Besserwerden der Symptome im einzelnen nicht eindeutig verfolgen läßt, sondern meist nur die Aussage gemacht wird, daß die Symptome weiter bestehen, nochmals zu Behandlung oder Beratung Anlaß gaben oder nicht mehr beobachtet werden können. Ebenso fallen im Folgenden häufiger, unbegründeter Stellenwechsel, Berufsschwierigkeiten und Primitivreaktionen in der Pubertät unter den Begriff Pubertätskrise. Die Symptome und ihre Häufigkeit bei den 38 Patienten

sind hier tabellarisch aufgeführt:

	Mädchen	Jungen	Insgesamt
Erziehungsschwierigkeiten	5	19	24
Pubertätskrise	1	3	4
Nervöse Unruhe	-	3	3
Sexuelle Auffälligkeit	1	-	1
Enkopresis	-	-	1
Onanie	3	3	6
Angst	-	2	2
Schulversagen	-	4	4
Kopfschmerzen	2	1	3
Sprachstörungen	2	2	4
Schlafstörungen	1	-	1
Suizidversuch	-	1	1

Die Katamnesen ergeben bei sieben Probanden keine wesentliche Besserung bzw. eine Verschlechterung. Bei 12 der Untersuchten treten noch gelegentlich Schwierigkeiten auf, aber eine Besserung ist offensichtlich. Die Eltern von 19 Patienten geben an, daß die damaligen Symptome völlig verschwunden sind und auch keine anderen Schwierigkeiten statt dessen beobachtet werden konnten.

	Mädchen	Jungen	Zusammen
Symptomfrei	8	11	19 = 50%
Gebessert	2	10	12 =31,6%
Geblieben oder verschlechtert	1	6	7 =18,4%
	11	27	38

Läßt sich ein Zusammenhang zwischen den früheren Symptomen und dem Verlauf feststellen? Tabelle 2 soll darüber Aufschluß geben, in ihr ist zusammengestellt, wie sich die drei Gruppen der Symptomfreien, Gebesserten umd Verschlechterten auf die Symptome verteilen. Es wird dabei unterteilt in eine Gruppe, bei der nur ein Symptom zu beobachten ist und eine Gruppe mit mehreren Symptomen.

Tabelle 2

				Symptomfrei			Gebessert			Verschlechtert		
Ein Symptom:	M	J	Zus.	M	J	Zus.	M	J	Zus.	M	J	Zus.
Erziehungsschwierigkeiten	3	11	14	2	5	7	-	4	4	1	2	3
Onanie	2	2	4	2	1	3	-	1	1	-	-	-
Sprachstörungen	2	1	3	2	-	2	-	1	1	-	-	-
Angst	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-
Enkopresis	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Pubertätskrise	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Mehrere Symptome:												
Erziehungsschw. u. Nervosität	-	3	3	-	1	1	-	1	1	-	1	1
" " " " u. Onanie	1	1	2	1	-	1	-	-	-	-	1	1
" " " " u. Suizidversuch	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" " " " u. sexuelle Auffälligk.	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-
" " " " u. Schulversagen	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
" " " " ,Schulversagen, Angst	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-
" " " " ,Schulversagen, Pubertätskrise	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
" " " " u. Pubertätskrise	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Pubertätskrise u. Kopfschmerz	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Kopfschmerz, Schulversagen, Sprachstörung	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Kopfschmerz, Schlafstörung	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-
			38			19			12			7

Eine eindeutige Tendenz zu Besserung oder Verschlechterung bei bestimmten Symptomen ist nicht vorhanden. Soweit die Anzahl der Fälle ausreicht, finden sich die Patienten mit bestimmten Symptomen oder Symptomkombinationen in allen drei Gruppen der Stärke der Gruppe entsprechend wieder. Es werden die Symptome heute nicht mehr im einzelnen angegeben, teils weil sie sich der Beobachtung entziehen, z.B. die Onanie, teils weil sie altersgebunden sind, z.B. die Pubertätskrise. Für die Gruppe der Geheilten heißt das, daß keine Schwierigkeiten mehr beobachtet werden, der Patient sozial eingeordnet ist, guten Kontakt mit der eigenen Familie und mit Freunden hat, in der Mehrzahl der Fälle des entsprechenden Alters verheiratet ist und eine ihm gemäße berufliche Position hat, bei den Jüngeren, daß sie sich in einer entsprechenden Ausbildung befinden. Bei der mittleren Gruppe sind nicht alle diese Bedingungen erfüllt. So zählt z.B. ein Patient zu dieser Gruppe, der als Kind wegen Onanie stationär aufgenommen war, worüber die Eltern bei dem heute Zwanzgjährigen selbstverständlich nicht mehr klagen.Sie berichten aber, daß, obwohl sie ihren Sohn insgesamt für gesund halten und mit ihm zufrieden sind, gelegentlich Auseinandersetzungen vorkommen, die sie nach Alter des Jungen und Anlaß nicht adäquat finden. Auch habe er Kontaktschwierigkeiten unter Seinesgleichen. Bei einer anderen Patientin dieser Gruppe bestanden früher Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen. Sie ist heute gut eingeordnet, hat eine abgeschlossene Berufsausbildung und ist seit kurzem verheiratet. Die Eltern berichten, sie sei gesund, die damaligen Beschwerden verschwunden, gelegentlich habe sie jedoch Kopfschmerzen, die wohl wetterbedingt seien.

Zur Gruppe mit ungünstigem Verlauf mögen zwei Beispiele Erwähnung finden. Ursula A. war wegen Erziehungsschwierigkeiten im Alter von zwölf Jahren aufgenommen.Die Eltern klagten über Lügen, Stehlen und Streunen. Ihr Name taucht nicht auf der Liste der Straffälligen auf. Die

Stiefmutter schreibt, daß Ursula sich einigermaßen geführt habe bis zur Schulentlassung, sie sei dann bei keiner Stele längere Zeit gewesen und habe bald die Stellen gewählt, die es ihr ermöglichten von zuhause weg zu kommen und ihre Freizeit unbeaufsichtigt zu verbringen. Sie bekam mit 19 Jahren ein uneheliches Kind von einem inzwischen in seine Heimat abgereisten Ausländer, dessen genauere Adresse sie nicht kannte. Heute lebt sie als Prostituierte und hat einen völlig regellosen Kontakt mit der Stiefmutter, bei der das Töchterchen untergebracht ist.
Ein anderes Beispiel zeigt teils die Beibehaltung früherer Symptome. Günther B. wies mit zehn Jahren Kopfschmerzen, Sprachstörungen und Nachlassen der Schulleistungen auf. Von den Sprachstörungen ist heute nicht mehr die Rede, er habe Schlafstörungen und davon seien - so meinen die Eltern - die oft recht heftigen Kopfschmerzen des Patienten abhängig. Wegen dieser Beschwerden hat er seit Entlassung aus dem hiesigen Jugendheim insgesamt 13 namentlich aufgeführte Ärzte konsultiert. Der 24jährige ist verheiratet, und nicht ohne Stolz schreibt der Vater, daß Günther nach abgeschlossener Lehre als Elektromechaniker eine zweite Lehre als Industriekaufmann absolvierte und heute technischer Kaufmann einer Weltfirma sei. Über diesen Patienten wird deshalb ausführlicher berichtet, weil sein Fall deutlich zeigt, daß berufliche Stellung und soziale Eingliederung allein nicht als Kriterien für eine Heilung angesehen werden dürfen.

Die Verteilung der drei Gruppen auf die verschiedenen Familienkonstellationen zeigt folgende Zusammenstellung:

	symptom-frei	gebessert	schlecht	insgesamt
unvollständige Familie	6	3	3	12
vollständige ursprüngl.Fam.	10	5	2	17
Sekundärfamilie	3	4	2	9
	19	12	7	38

Nach dieser Tabelle ergibt sich die beste Prognose bei verhaltensgestörten Kindern, wenn sie in der ursprünglichen Familie aufwachsen.

Die Stellung in der Geschwisterreihe ergibt keine bestimmte Beziehung zum Verlauf:

	symptom-frei	gebes-sert	schlecht	insgesamt	Repräsentativ-bevölkerung Baden-Württ.
Einzelkinder	4	2	1	7 = 18%	22%
Älteste	7	6	2	15 = 40%	29%
Mittlere	4	2	2	8 = 21%	20%
Jüngste	4	2	2	8 = 21%	29%
	19	12	7	38	

Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf oder Geburtskomplikationen werden bei 11 von den 38 Probanden angegeben, davon drei bei schlechtem Verlauf, vier bei Gebesserten und vier bei günstigem Verlauf. Hier hat die Gruppe mit schlechtem Verlauf den relativ größten Anteil.
Störungen im Verlauf der frühkindlichen Entwicklung sind bei zehn Probanden vermerkt, davon entfallen vier auf die schlechten Verläufe, drei auf die mittleren und nur drei auf die heute symptomfreie Gruppe.
Abweichungen von der Norm im Elektroenzephalogramm oder im Pneumenzephalogramm, die nicht sicher als pathologisch gelten, finden sich in 13 Fällen, drei bei schlechten, fünf bei gebesserten und fünf bei heute symptomfreien Patienten.

VIII. Gesamtbeurteilung von 55 Fällen

Bisher wurde die Gruppe derer, die gestohlen hatten, getrennt von der Gruppe, bei der Elternantworten vorliegen, betrachtet, ungeachtet der Überschneidungen beider Gruppen. Wie sieht die Verteilung auf gute, mittlere und schlechte Verläufe aus, wenn man beide Gruppen gemeinsam beobachtet und in den Fällen, wo sowohl Strafregisterauszüge als auch Elternantworten vorhanden sind, beide Aussagen berücksichtigt und sie mit den anamnestischen Daten in Beziehung setzt?

Im Folgenden wird ein Verlauf als gut bezeichnet, wenn

1) keine Strafregistereintragung besteht in Fällen ohne Elternaussage,
2) die Elternaussage als gut angesehen wird in Fällen, in denen kein Strafregisterauszug vorlag,
3) die Elternaussage als gut angesehen wird und der vorliegende Strafregisterauszug keinen Vermerk enthält.

Ein mittlerer Verlauf wird angenommen, wenn

1) die Elternaussage einen mittleren Verlauf ergibt,
2) die Elternaussage einen solchen ergibt und der Strafregisterauszug keinen Vermerk enthält,
3) die Elternaussage einen mittleren Verlauf ergibt und das Strafregister z.B. ein Verkehrsdelikt vermerkt, jedenfalls keine Eigentumsdelikte aufzeigt,
4) nur eine Strafregistereintragung wegen eines Deliktes von geringerer Bedeutung besteht, das nicht Eigentumsdelikt ist.

Als schlecht wird ein Verlauf angesehen, wenn

1) die Elternaussage eine solche Beurteilung ergibt,
2) die Elternaussage schlecht lautet und das Strafregister keinen Vermerk enthält,
3) eine Strafregistereintragung wegen Eigentumsdelikten erfolgte,

4) die Elteraussage als schlecht zu bewerten ist und außerdem Eigentumsdelikte begangen wurden.

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der 55 Fälle auf diese drei Gruppen und die Häufigkeit der bekannten Fakten in den einzelnen Gruppen.

Von 55 Patienten ist bei 28, also bei etwas mehr als der Hälfte der Fälle, ein guter Verlauf festzustellen, ein schlechter bei etwa einem Viertel.

In der Gruppe mit gutem Verlauf sind Mädchen zahlenmäßig fast gleich stark vertreten wie Jungen, während sie vom Gesamtmaterial nicht ganz die Hälfte bilden. Die Prognose der Verhaltensstörungen bei Mädchen ist also deutlich besser als bei Jungen.

Eine Beziehung zwischen dem Verlauf und der Stellung in der Geschwisterreihe ergibt sich hier bei der größeren Gesamtzahl ebensowenig wie bei den vorangestellten Untersuchungen in zwei Gruppen.

Die familiäre Situation verhält sich im Gesamtmaterial in den Gruppen mit gutem und mit schlechtem Verlauf genau gleich. Von den 28 Fällen der Gruppe mit gutem Verlauf sind 12 ursprüngliche ganze Familien, 6 sind nachträglich gegründete Familien und 10 sind unvollständig. Die Gruppe mit schlechtem Verlauf, die genau halb so stark ist, weist die einzelnen Situationen jeweils in der Hälfte der Fälle auf. Die mittleren Verläufe haben den relativ größten Anteil an nachträglich gegründeten Familien, nämlich mehr als ein Drittel.

Ein "frühkindlicher Hirnschaden", für dessen Annahme in dieser Arbeit als Kriterien die anamnestischen Angaben über Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt oder die gestörte frühkindliche Entwicklung gelten, tritt in der Gruppe mit schlechtem Verlauf doppelt so häufig auf wie in der Gruppe mit gutem Verlauf. Der Anteil der frühkindlich Hirngeschädigten hält sich bei den mittleren Verläufen zwischen den beiden anderen Gruppen. Es läßt

Tabelle 3

	Anzahl	Stellung in der Geschwisterreihe	frühkindliche Hirnschädigung	Abweichung im PEG	Familienstruktur
Guter Verlauf	15 J 13 M	5Ä 3M 5J 2E 3Ä 5M 2J 3E	5 *) 4	1 1	6* ; 3+ ; 6- ; 6* ; 3+ ; 4- ;
Mittlerer Verlauf	11 J 2 M	6Ä 2M 1J 2E 1Ä - 1J 2E	5 1	1 -	3* ; 5+ ; 3- ; 2* ; - ; - ;
Schlechter Verlauf	11 J 3 M	5Ä 3M 2J 1E - - 2J 1E	8 2	2 2	5* ; 2+ ; 4- ; 1* ; 1+ ; 1- ;

Ä = Älteste; M = Mittlere; J = Jüngste; E = Einzelkinder.

* = ursprüngliche, leibliche Familie; + = Sekundärfamilie; - = unvollständige Familie.

*) Ein Vergleich der guten und schlechten Verläufe ist nach der Vier-Feldermethode statistisch signifikant. $P < 0,01$

sich feststellen, daß frühkindliche Hirnschäden die Prognose bezüglich der charakterlichen Entwicklung signifikant verschlechtern. Ein im Pneumenzephalogramm festgestellter, von der Norm abweichender Befund ist bei den schlechten Verläufen sogar viermal häufiger als bei den guten.

IX. Diskussion

Bisher ist über den unbeeinflußten Verlauf der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die wegen Störungen ihres Verhaltens auffielen, wenig geschrieben worden. Bei der Durchführung dieser Arbeit ergaben sich besondere Schwierigkeiten dabei, den Einfluß des Milieus auf die Entwicklung des Probanden herauszufinden. Einmal war das Ausgangsmaterial, die Krankengeschichten, nicht zu diesem Zweck angelegt worden und so fehlten Angaben, die bei vorheriger Planung zu machen gewesen wären; z.B.hätte der Aufenthalt des Kindes seit der Geburt mit genaueren Daten belegt werden können. Zum anderen muß man sich, um überhaupt Ergebnisse zu bekommen, dazu entschließen,definierbare Fakten zusammen zu fassen. Dadurch geht von dem ohnehin geringen Informationsmaterial die gerade für den Einzelfall so charakteristische Aussage zugunsten der Schematisierung verloren.
Die meisten verwerteten Angaben sind subjektiver Art, so wird eine Mutter eine Entwicklung des Kleinkindes noch als normal ansehen, die von einer anderen bereits als verzögert beurteilt wird.
Ein Mangel ist ferner die kleine Zahl der Probanden, an denen diese Nachuntersuchung durchführbar war, die dann außerdem noch in verschiedene Gruppen unterteilt werden. Die Ergebnisse können schon allein aufgrund dieser Tatsache nicht verallgemeinert werden.
Wenn auch der Wert dieser Arbeit als isolierte Aussage gering ist, so erhält sie ihre Berechtigung dadurch, daß sie in anderen Arbeiten aufgestellte Hypothesen stärkt oder in Zweifel zieht oder ihre Ergebnisse durch weitere Aussagen festigt.

EYSENCK kann bei Patienten nach psychotherapeutischer Behandlung nach zwei Jahren 70% Heilungen feststellen

und sagt, diese Zahl sei nicht höher als die der Spontanheilungen. Ein direkter Vergleich ist insofern nicht möglich, als hier bei einer Gruppe nur von einer Besserung die Rede ist. Heilung darf bei 50% angenommen werden, einen eindeutig negativen Verlauf nehmen 25%. Offen bleibt ob die Gruppe, die EYSENCK erwähnt, auch nach zehn und mehr Jahren noch als geheilt gelten würde, oder ob eine Annäherung an die hier ermittelten Werte von 50% erfolgen würde. Offen bleibt, ob eine psychotherapeutische Behandlung, wenn sie schon die Zahl der Heilungen nicht mit Sicherheit vergrößern sollte, so doch diese beschleunigt herbei führt, was von EYSENCK bestritten wird.

Die vorliegenden Ergebnisse decken sich mit denen, die ERNST bei langfristigen Katamnesen nicht analytisch behandelter Neurosen bei Erwachsenen erhebt. Er findet nach 20 bis 25 Jahren drei Viertel als geheilt oder gebessert und ein Viertel als ungebessert bis verschlechtert. Er schließt daraus auf eine beachtliche langfristige Selbstheilungstendenz. Diese darf man, so scheint es, also auch bei Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen annehmen.

Die Beobachtungen von STRUNK können weiter belegt werden, daß sich zwischen dem Alter des Erstauftretens des Stehlens und dem späteren einschlägig Straffälligwerden keine bestimmte Relation herstellen läßt. Er mißt frühkindlichen Hirnschäden für die weitere Entwicklung bei Pubertätskrisen besondere Bedeutung bei. Nach diesen Ermittlungen bedeuten sie jedoch eine allgemeine Verschlechterung der Prognose bei auffälligen Kindern.

Die Ansicht von LEMPP, daß die frühkindlichen Hirnschäden nur vorübergehend und gelegentlich in einem über die Pubertät hinausreichenden Zeitabschnitt die soziale Einordnung erschweren, aber für die endgültige Entwicklung des Probanden nicht von ausschlaggebender Bedeutung sind, wird durch diese Arbeit nicht direkt berührt, da ein

großer Teil der Probanden zur Zeit der Nachuntersuchung altersmäßig noch in diesen Zeitabschnitt des verzögerten Pubertätsabschlusses gehört.

Die Beobachtung,daß im vorliegenden Material von sechs Probanden, die im Alter von 13 Jahren gestohlen hatten, keiner später wegen Eigentumsdelikten belangt wurde, könnte ein Zufallsergebnis sein. FÖRSTER konnte jedoch statistisch sichern, daß im Alter von vier Jahren sowie mit 13 bis 14 Jahren die Aussichten auf Besserung bei Verhaltensstörungen am größten sind.

X. Zusammenfassung

Es wurden katamnestische Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen, die wegen verschiedener Verhaltenstörungen zur klinischen Aufnahme gelangten, 10 bis 13 Jahre nach der Entlassung durchgeführt. Bei keinem der Probanden erfolgte eine psychotherapeutische Behandlung.

Die Beantwortung von Fragebögen, die an die Eltern geschickt worden waren, ermöglichten eine Verlaufsbeobachtung bei 38 Patienten. Bei der Nachuntersuchung konnte in der Hälfte aller Fälle heute völlige Symptomfreiheit festgestellt werden. Etwa ein Drittel ließ eine Besserung bei nicht völliger Symptomfreiheit erkennen, und nur weniger als ein Fünftel zeigte einen negativen Verlauf. Diese letzte Gruppe wuchs in einem größeren Prozentsatz als die beiden anderen Gruppen in einer unvollständigen Familie auf.

Besonderes Interesse galt der prognostischen Bedeutung des kindlichen Stehlens. Deshalb erfolgte bei 33 Patienten, die als Kinder wegen Stehlens aufgefallen waren, eine Nachforschung an Hand von Strafregisterauszügen. Es wurde ermittelt, daß inzwischen 30% dieser Gruppe wegen Eigentumsdelikten gerichtlich belangt, d.h. einschlägig straffällig wurden. Diese Entwicklung nahmen bevorzugt solche Kinder, die nicht in einer vollständigen Familie aufwuchsen.

Überschneidungen der beiden Gruppen liegen in 16 Fällen vor, so daß insgesamt 55 Probanden berücksichtigt werden konnten von 78 ursprünglich ausgewählten Krankengeschichten. Insgesamt betrachtet nahm etwas mehr als die Hälfte der Patienten einen guten Verlauf und ein Viertel einen schlechten. Dabei verschlechterte das Vorhandensein eines "frühkindlichen Hirnschadens" die Prognose signifikant.

Übersichtstabelle der bekannten Fakten

	Verlaufs-urteil	Alter	Familien-struktur	Geschwister-folge
A.Ursula	schlecht	12	+	8.
A.Hans-Peter		11	-	E
B.Walter	gut	14	*	3.v.4
B.Margit		12	-	2.
B.Helmut	schlecht	15	-	1.v.2
D.Wolfgang		14	-	3.
D.Ernst	mittel	10	+	3.v.4
E.Rolf	schlecht	9	+	3.v.5
F.Peter	mittel	16	-	1.v.2
F.Brigitte		9	*	E
G.Anna		10	*	3.v.4
G.Wilma	mittel	8	*	2.
G.Rolf-Dieter		13	+	1.v.4
H.Hans-Peter		6	-	1.v.2
H.Gerlinde		13	-	2.
K.Gerlinde	gut	12	+	1.v.2
K.Brigitte		6	+	2.v.3
L.Karl-Heinz		15	-	1.v.3
L.Joachim	mittel	13	*	1.v.2
L.Udo	mittel	9	-	3.v.4
L.Rolf		6	+	2.v.3
M.Udo	gut	13	+	1.v.5
N.Ferdinand	schlecht	14	*	1.v.2
O.Harald		11	*	1.v.3
O.Bernd	mittel	9	+	E
R.Robert	mittel	7	+	1.v.2
S.Gerold		10	-	3.v.5
S.Hagen	gut	8	*	5.
V.Helmut		16	*	2.
W.Christa		13	+	3.v.5
W.Ursula		13	*	5.
W.Jost	gut	8	+	1.v.2
W.Rainer		11	+	1.v.3
B.Joachim	gut	11	*	1.v.2
B.Günther	schlecht	10	*	2.v.2
B.Rainer	schlecht	11	*	4.v.6
B.Brigitte	mittel	13	*	1.v.2
B.Hans-Günther	schlecht	14	-	E
D.Lydia	gut	13	*	4.v.5
G.Rainer	mittel	14	-	3.v.3
H.Martin	mittel	11	*	1.v.3
H.Günther	gut	5	*	4.v.4
H.Erika	gut	12	-	E
H.Bernd	mittel	14	*	1.v.2
L.Rosemarie	gut	12	-	3.v.4
M.Albert	gut	15	-	E
P.Brigitte	gut	5	*	1.v.2
R.Hans-Jörg	gut	10	-	2.v.2
R.Winfried	gut	15	*	1.v.3
R.Louis-Carl	mittel	7	+	E
S.Gabriela	gut	5	*	E
S.Barbera	gut	6	-	E
S.Gerhard	gut	11	-	4.v.4
S.Manfred	gut	15	*	2.v.3
W.Gisela	gut	6	*	1.v.3

* = ursprüngl.leibl.Fam.; + = Sekundärfam.; - = unvollständige Fam.

Komplikationen im Verlauf der			Veränderung		Bestraft	wegen
Schwanger-schaft	Geburt	frühkindl. Entwicklung	im EEG	PEG	Eigen-tumsdel.	anderer Delikte
	−	−		+	−	−
+	+	−			−	−
−	−	−			−	−
−	+	−	+	+	+	+
			−	+	+	+
−	−	−			−	−
−	−	−	−	+	−	−
−	−	+	−	−	+	+
−	−	−			−	−
−	+	−	−	−	+	−
−	+	+	+	−	−	−
−	−	−	−	−	−	−
−	+	−	−		−	+
−	−	+	+	+	+	+
−	−	−	+		−	−
			+		−	−
−	−	−			−	−
			−		+	+
					−	−
−	−	+		−	−	+
+	−	−	−	−	+	−
−	+	−	+		−	−
−	+	+	−	−	+	+
−	−	−	+		+	+
−	−	−	+		−	−
−	−	−			−	−
−	−	−		+	−	−
−	−	+	+		−	−
−	+	−			+	−
−	−	−	+		−	−
−	−	−	+		−	−
−	−	−	−		−	−
−	−	−	+		−	−
−	−	−	−			
+	−	−	+			
−	+	+	+			
−	+	−	+			
−	−	+				
−	−	−				
+	+	+	+			
−	+	−				
−	−	−				
−	−	−	+			
−	−	−	+			
−	−	−				
−	−	−				
+	−	−	−			
−	−	−				
−	−	−				
−	+	+				
+	+	+	+			
−	−	−				
+	−	−				
−	−	−				
−	−	+				

Literaturverzeichnis

BASH, K.W.

Psychotherapeutische Erfolgsstatistik.

Dtsch. med. Wschr. 91, 2089 (1966)

BECK, S.

Über die Beziehung zwischen der Stellung in der Geschwisterreihe und dem Auftreten psychoreaktiver Störungen.

Inaugural-Dissertation, Tübingen 1964

DÜHRSSEN, A.

Katamnestische Untersuchungen bei 150 Kindern und Jugendlichen nach analytischer Psychotherapie.

Prax. Kinderpsychol. 13, 241 (1964)

DÜHRSSEN, A.

Prognose neurotischer Verhaltensstörungen im Kindesalter. (Behandelbarkeit durch eine langfristige psychoanalytische Therapie)

Jahrb. f. Jugendpsychiatrie, Bd.V, Bern u. Stuttgart: Huber 1967

DÜHRSSEN, A.

Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

Göttingen: Verl. f. Med. Psychologie 1954

ERNST, K.

Die Prognose der Neurosen.

Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1959

EYSENCK, H.J.

Neue Wege der Psychotherapie.

in: MERZ, F. Bericht über den 25. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie Münster 1966. Göttingen: Verl. f. Psychologie 1967

FÖRSTER, E.

Über den spontanen Verlauf neurotischer Störungen.

Nervenarzt 26, 285 (1955)

FRITZ, H.

Zur Problematik der Katamnesenerhebung bei verhaltensgestörten Kindern.

Inaugural-Dissertation, Köln 1964

HARBAUER, H.

Erfahrungen zur Methodik von Katamnesenerhebungen bei kinderpsychiatrischen Zustandsbildern.

Jahrb. f. Jugendpsychiatrie, Bd.V, Bern u. Stuttgart: Huber 1967

LEMPP, R.

Eine Pathologie der psychischen Entwicklung.

Bern u. Stuttgart: Huber 1967

LEMPP, R

Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose.

Bern u. Stuttgart: Huber 1964

LEMPP, R.

Frühkindliche Hirnschädigung und Reifungskriminalität.

in: MEZGER, E. und WÜRTENBERGER, TH. Kriminalbiologische Gegenwartsfragen, Heft 3
Stuttgart: Enke 1958

LUTZ, J.

Langfristig beobachtete Lebensläufe psychisch auffälliger Kinder.

Jahrb. f. Jugendpsychiatrie, Bd.V, Bern u. Stuttgart: Huber 1967

STRAUBE, W.

Zur Prognosestellung spontan remittierter kindlicher Neurosen.

Ztschr. f. Psychoth. 8, 67 (1958)

STRUNK, P.

Katamnestische Erhebungen bei Entwicklungsstörungen im Jugendalter.

Jahrb. f. Jugendpsychiatrie, Bd.V, Bern u. Stuttgart: Huber 1967

Herrn Professor Dr. Lempp danke ich für die Anregung zu dieser Arbeit und für seinen unermüdlichen Rat bei ihrer Anfertigung.

L e b e n s l a u f

Am 30. Oktober 1939 wurde ich, Gisela Kleinsorg, als Tochter des am 26. 2. 1961 verstorbenen Diplomingenieurs Johannes Kleinsorg und seiner Ehefrau Lucie, geb. Langner zu Mülheim/Ruhr geboren.

Nach vierjährigem Besuch der Volksschule in Wittlich wechselte ich im Herbst 1949 in das Lyzeum der Ursulinen über. Durch einen Wohnortwechsel nach Frechen besuchte ich ab Herbst 1951 die dortige Realschule bis zur Realschulreife und erhielt nach dem Besuch der Oberstufe der Hildegard-von-Bingen-Schule in Köln am 27. 2. 1959 das Reifezeugnis der Frauenoberschule. Zur Erlangung der vollen Hochschulreife besuchte ich das Städtische Gymnasium in Schleiden und bestand dort am 26.2. 1962 das Abitur.

Zum Sommersemester 1962 nahm ich an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln meine Erstimmatrikulation vor. Dort legte ich nach zwei Semestern die naturwissenschaftliche Vorprüfung ab und nach vier weiteren Semestern bestand ich am 16. 3. 1965 die ärztliche Vorprüfung. Anschließend wechselte ich zur Universität Tübingen über, wo ich die sechs klinischen Semester verbrachte und am 14. 8. 1968 die ärztliche Prüfung bestand.

Druck: Polyfoto Dr. Vogt KG
Stuttgart 1, Königstraße 19 a
Telefon 291063

Druck: Polyfoto Dr. Vogt KG
Stuttgart 1, Königstraße 19 a
Telefon 291063